

診療情報提供申込書

申込日 年 月 日

独立行政法人地域医療機能推進機構
相模野病院長 殿

診療情報提供を希望する患者

(ふりがな)

患者氏名 _____ (男・女)

住所 (〒 _____)

生年月日 明治・大正・昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳)

電話番号 _____ (_____)

希望する診療情報提供の種類

・診療記録の謄写

期間 (_____)

・その他

期間 (_____)

上記の通り、診療情報の提供を希望致します。

申し出者 氏名 _____

患者との関係 (_____)

住所 〒 _____

電話番号 _____

患者からの委任を証する書類の有無 有 ・ 無

診療情報提供の有効期限

- ・申込日より3ヶ月となります。
- ・開示書類、CD-R等につきましても、3ヶ月を過ぎますと処分いたします。
- ・有効期限を過ぎた場合は、再度手続きが必要となります。

～見 本～

診療情報提供申込書

年 月 日

独立行政法人地域医療機能推進機構
相模野病院長 殿

調査対象者の情報を
記入して下さい。

診療情報提供を希望する患者

(ふりがな) * * * * *

患者氏名 ○○ ○○ (男・女)

住所 (〒 252 - * * * * *)

神奈川県相模原市中央区* * * * *

生年月日 明治・大正・昭和・平成・令和 * * 年 * * 月 * * 日生 (○○歳)

電話番号 * * * (* * *) * * * *

希望する診療情報提供の種類

・診療記録の謄写
期間 ()

カルテのコピー
期間を記載して下さい。
不明な場合【初診から】でも可

・その他
期間 ()

画像データ
期間をカッコ内に記載下さい。
不明な場合【初診から】でも可
部位等の指定がある場合には、別
途記入。

上記の通り、診療情報の提供を希望致します。

申し出者

氏名 △△ △△

患者との関係 (長男)

住所 〒 * * * - * * * *

東京都町田市* * * * *

* * * * *

電話番号 * * * - * * * - * * * *

患者からの委任を証する書類の有無 (有) ・ 無

患者確認の書類 (いずれか)

- ・運転免許証等 (顔写真あり)
- ・保険証と診察券のセット

お預かり後、院内決済後に開示
(14日程度)